



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FACE

Departamento de Administração

Curso de Especialização em Gestão Pública na Saúde

PETTER RICARDO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA
COMPLEXIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB A ÓTICA DA RELAÇÃO
PÚBLICO-PRIVADA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência parcial para
a obtenção do título de Especialista do
curso de Gestão Pública na Saúde da
Universidade de Brasília, sob a
orientação da Profª Mariana Guerra.

Brasília – DF

2016

ANÁLISE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB A ÓTICA DA RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA

Petter Ricardo de Oliveira

Mariana Guerra

O presente artigo tem como objetivo analisar os resultados da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2008 e 2014 a partir da relação público-privada. Constitucionalmente, a participação privada no SUS foi colocada em um status de complementaridade ao público, no entanto, estudos têm mostrado que a maior parte da assistência é prestada pelo setor privado. As consequências desta relação ainda são pouco estudadas em âmbito nacional. Este é um estudo quantitativo, exploratório e descritivo, baseado em dados secundários de Sistemas de Informação do SUS quanto à estrutura hospitalar de média e alta complexidade cardiovascular e a produção física e financeira desses estabelecimentos. Os resultados indicam que a região Sudeste é a que concentra a maior parte dos estabelecimentos, serviços, produção física e volume de recursos da alta complexidade cardiovascular nacional. Além disso, o SUS demonstra ser o principal financiador desta área de serviços no país, mas a maioria dos prestadores é do setor privado. Observou-se também que entre 2008 e 2014 o setor privado cresceu cinco vezes mais que o setor público e que aquele recebe mais recursos para a produção executada. Conclui-se que este quadro é indicativo de uma preferência pelo fomento do setor privado na exploração da alta complexidade cardiovascular no Brasil. Sugestões para a gestão são apresentadas ao final do artigo.

Palavras-chave: cirurgia cardiovascular, alta complexidade, atenção especializada, SUS, público-privada, financiamento da saúde.

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são hoje o principal problema de saúde a ser enfrentado na população mundial. Estas doenças silenciosas são responsáveis por um alto grau de limitação e incapacidade física e psicológica, o que gera grande perda da qualidade de vida do indivíduo, mortes prematuras e, conseqüentemente, impactos negativos na economia familiar e social (SCHMIDT et al., 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, estima-se que 72,7% das mortes são causadas por DCNT, sendo as mais prevalentes as cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias crônicas (6,0%) e a diabetes *mellitus* (5,3%). As demais são responsáveis por 14,7% dos óbitos, seguidas pelas causas maternas, infantis e doenças transmissíveis com 13,6% e causas externas com iguais 13,6% (MALTA et al., 2014).

Malta et al. (2014), avaliando a evolução das taxas de mortalidade das DCNT no Brasil, demonstraram que estas, apesar de ainda prevalentes como causas de óbitos, têm apresentado reduções constantes nas suas taxas. No caso das doenças que apresentam a maior taxa de mortalidade – as cardiovasculares com 30,4% – a redução encontrada no mesmo estudo, desde quando começou a ser registrada no ano de 2000, foi de 3,3% ao ano até 2011. Mesmo assim, uma taxa de óbitos 183,3/100 mil habitantes em um único ano é alta e alerta para a necessidade de intervenções tanto nos níveis primários e secundários de promoção da saúde e prevenção de agravos, quanto de nível terciário para a saúde cardiovascular no país.

Com o fito de enfrentar este problema, o Sistema Único de Saúde (SUS) organizou sua atenção à saúde cardiovascular por meio de ações de promoção da saúde, prevenção dos agravos e assistência àqueles que necessitam de intervenções de média e alta complexidade num sistema de redes de atenção (MENDES, 2011). A atenção básica, com capacidade de resolver até 80% das necessidades de saúde da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014), atua prevalentemente nos primeiros níveis dos agravos em saúde, focando na manutenção de um estado saudável e prevenindo agravos. Já nos casos em que a atenção básica não mais consegue intervir dado o agravamento da condição ou gravidade do problema, os níveis de média complexidade para diagnósticos especializados e tratamentos de maiores custos, bem como o de alta complexidade, com procedimentos cirúrgicos que exigem grandes estruturas hospitalares, são acionados para a assistência ao paciente.

Historicamente, o SUS assumiu de maneira prioritária os cuidados de atenção básica da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014). Por possuir características de

assistência mais resolutiva, com intervenções mais simples, procedimentos mais baratos, e por focar na manutenção da saúde, era mais fácil garantir a saúde das pessoas por serviços próprios sob a gestão do Estado. Por isso, observa-se que até nos tempos atuais, prevalece a gestão da atenção básica pela administração direta. No entanto, o mesmo não ocorre para a média e alta complexidade. Sem a estrutura necessária para atendimento da população, já em meados do último século o sistema de saúde pública vigente abriu o mercado às instituições privadas (ROMANO; SCATENA, 2014). Assim, a atenção especializada desenvolveu-se sob a égide do mercado privado explorando a atenção hospitalar, principalmente, dada a impossibilidade de o Estado assumir esses cuidados. Mesmo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que colocou a saúde como dever do Estado e direito de todos, e na década de 1990 com a regulamentação do SUS, na qual foi assumida pelo Estado a responsabilidade de oferecer serviços de saúde de forma universal e integral, a atenção especializada permaneceu sendo explorada pelo setor privado sob regulação e financiamento públicos (SOLLA; CHIORO, 2014).

Neste contexto, há relevância em se estudar e entender como se dá a relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o Estado. É preciso considerar que os interesses desses atores podem ser diferentes e, por vezes, até concorrentes. Isso porque o Estado tem como princípios orientadores da administração pública a garantia do interesse público e a indisponibilidade deste interesse (ALEXANDRINO; PAULO, 2013), já o setor privado, em regra, visa o lucro financeiro. Em se tratando de cuidados de saúde, esta relação entre o Estado e a administração privada deve ser, então, foco de grande atenção e regulação para garantir um equilíbrio entre os interesses, mas também pode representar a garantia da universalidade e integralidade da assistência, bem como a lógica do Estado gerencial.

Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi analisar os resultados da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACAC) no SUS no período entre 2008 e 2014. Consideraram-se, para tanto, (i) a estrutura hospitalar nacional de média e alta complexidade cardiovascular; (ii) a produção física desses estabelecimentos; e, (iii) os valores aprovados para prestação dos serviços. As variáveis descritas acima foram escolhidas com base em outros estudos que avaliaram os resultados de políticas de saúde sob a ótica da relação público privada. Assim, torna possível posteriormente a realização de comparações entre estes estudos complementar (ROMANO; SCATENA, 2014 e SOLLA; CHIORO, 2014). Ademais, buscou-se discutir os resultados sob a ótica da relação público-privada, verificando a participação de cada setor na rede de atenção de alta complexidade cardiovascular nacional.

Em se tratando da PNACAC, atualmente, já é possível observar alguns efeitos que o aumento da exploração privada de serviços de saúde gerou no sistema. Como principais pontos positivos, destacam-se a maior agilidade e resolutividade àqueles que conseguem ter acesso, além de ampliar a rede de atendimento. Em contrapartida, evidencia-se a escolha pelos prestadores de atenção àquelas enfermidades que têm seu tratamento realizado pelos procedimentos mais caros da Tabela do SUS, uso irregular do sistema de referência e contrarreferência - expresso pelo excesso de pedidos de consultas com outros especialistas e realização de exames, muitas vezes sem necessidade -, e a utilização destes serviços privados para a realização de procedimentos não previstos na tabela do SUS ou no rol de procedimentos dos planos de saúde suplementar (ROMANO; SCATENA, 2014 e SOLLA; CHIORO, 2014). Este último problema tem inclusive gerado um aumento dos pedidos judiciais para realização de procedimentos não cobertos pelo SUS ou planos privados de saúde, principalmente os relacionados a procedimentos de média e alta complexidade e para tratamentos de problemas no aparelho circulatório (GOMES et al. 2014).

É sob este contexto que a relação público-privada ganhou destaque nos últimos anos como objeto de estudo e intervenção tendo em vista que o Estado não tem capacidade de fazer a gestão direta de todos os serviços de interesse social. Como a exploração dos serviços de saúde foi aberta à livre iniciativa, mas o Estado continua como o tutor dos interesses públicos, esses dois agentes devem conviver no mesmo espaço, com o público regulando o privado em prol do interesse público. A simples polarização da discussão como público *versus* privado não é benéfica à melhoria da gestão da saúde no Brasil (SANTOS, 2010). No entanto, ainda são escassos estudos brasileiros sobre a corrente de privatização dos serviços de saúde e as relações público-privadas no SUS (BAHIA, 2008).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A gestão de serviços de saúde tem se mostrado como um dos grandes desafios para os gestores públicos e privados. É neste sentido que Gadelha (2003) defende que a saúde é um campo que necessita de forte presença interventiva da sociedade e do Estado e sugere a lógica capitalista para aplicação na gestão da saúde. Este modelo é considerado, no presente estudo, como referência teórica para compreensão da rede de atenção cardiovascular de alta complexidade existente hoje no SUS e modelo para organizar melhor o funcionamento desta rede e promover seu financiamento.

De acordo com Machado (2007), a lógica capitalista aplicada à saúde é centrada em três principais questões. O primeiro deles é a **segmentação dos serviços de saúde**, que trata da hierarquização dos serviços de saúde por nível de complexidade das suas intervenções, da atenção básica à especializada de alta complexidade. Em segundo lugar, vem a questão da **demanda e o contexto da saúde pública brasileira**, que remete à necessidade de planejamento para instalação dos serviços de saúde em regiões mais custo-efetivas e com melhor custo-benefício, bem como considerando as características socioepidemiológicas e econômicas da região, principalmente os de alta complexidade. Por fim, a necessidade de **organização da rede de atendimento na saúde pública**, esta, por sua vez, propõe que os serviços especializados sejam organizados em redes interligadas de serviços em diferentes especialidades e regiões, assim nem todo município precisa ter todos os tipos de serviços, mas deve haver uma rede com referências locais, hospitalares e de especialidades para atender um grupo maior da população.

Sob esta lógica é possível pensar em um modelo mais eficiente de alocação de recursos, diferente daquele praticado atualmente, que consideraria a segmentação e o perfil dos serviços de saúde em cada região, a demanda por determinados serviços, o contexto da saúde pública brasileira e por regiões do País e, por fim, a rede regulada de atendimento (oferta de serviços referenciados) (GADELHA, 2012).

2.1 Contextualização - a política pública de Saúde no Brasil

Foi por meio da promulgação da oitava Constituição Federal Brasileira, a chamada “Constituição Cidadã”, em 1988, que o SUS foi criado (BRASIL, 1988). Este sistema público de saúde é reconhecido como a maior política social hoje vigente no Brasil, estando fortemente relacionada ao compromisso do Estado na promoção do bem-estar social (FLEURY; OUVREY, 2014).

Já no texto constitucional, foram definidas as prioridades da política nacional de saúde pública e sua estrutura basilar como sendo direito de todos e dever do Estado a sua prestação, tendo colocado a participação do setor privado na exploração deste campo de serviços sociais de forma apenas complementar (BRASIL, 1988). No artigo nº 199, parágrafo 1º da Constituição de 1988 ficaram expressas as condições para a participação das instituições privadas no SUS:

art. nº 199, §1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Após a criação do SUS, fazia-se necessária sua regulamentação para nortear o funcionamento do sistema. Assim, em 19 de setembro de 1990 foi sancionada a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica) que instituiu o SUS e o definiu como constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Ademais, esta Lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado e trouxe alógica de organização dos serviços pelos níveis de atenção à saúde dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização, regulamentação e o funcionamento dos serviços correspondentes. (BRASIL, 1990).

Três meses após a publicação da “Lei Orgânica do SUS”, foi também publicado outro importante marco legal na construção desse Sistema, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Esta, por sua vez, trouxe um dos mais importantes valores do SUS, a participação social na gestão do sistema pelos Conselhos de Saúde e pela Conferência Nacional de Saúde. Dispôs também sobre o funcionamento das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde aos três entes da federação, bem como as exigências para esses repasses regulares e automáticos ao Distrito Federal, estados e municípios (BRASIL, 1990).

O meio de execução dos preceitos previstos nas legislações de regulamentação do funcionamento do SUS já havia sido anteriormente determinado na Constituição Brasileira. Em seu artigo nº 196, a Carta Magna, além de afirmar que a saúde é um direito de todos, determinou que o dever do Estado na organização e oferta de serviços de saúde deveriam se dar por meio do estabelecimento de políticas públicas sociais, entre outros assuntos. As políticas públicas servem para normatizar e organizar a oferta de determinados serviços a que se propõe prestar. Por definição, políticas públicas é o campo do conhecimento que busca estudar e colocar em ação as proposições do governo, ou mesmo a decisão de não ação governamental, sobre determinado problema social que agem diretamente, ou por meio de delegação, mas que necessariamente gere impacto na vida da população (SOUZA, 2006).

Como foi determinada por meio dos princípios do SUS, a organização do Sistema deve ser dada pela constituição de uma rede de serviços que seja ordenada de forma regionalizada e hierarquizada nos três níveis de atenção: primário (Atenção Básica: Unidades

Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família – ESF), secundário (centros de especialidades e Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT) e terciário (atenção hospitalar). O acesso deve se dar pela atenção básica, resolutiva em 80% das necessidades de saúde da população, e, naqueles casos nos quais maior intervenção for necessária, o cuidado é referenciado à atenção especializada ambulatorial de media ou alta complexidade (MENDES, 2011).

Como meio de controle sobre as ações de saúde realizadas pelos prestadores públicos e privados no Brasil, foram criados sistemas de informação em saúde. Estes são um conjunto de componentes interrelacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde (MARIN, 2010). Seu grande objetivo é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença (MARIN, 2010). Os principais sistemas são: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e sobre Agravos de Notificação (Sinan), que têm caráter estatístico e epidemiológico. Outros como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), o de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), de Atenção Básica (Siab) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apresentam informações clínicas e administrativas.

As principais utilidades dos dados consolidados do SIA/SUS e do SIH/SUS, segundo Scatena e Tanaka (2001), são (1) o fornecimento de informações de produção e do financiamento dos serviços de saúde da atenção especializada por meio de três tipos de análise: séries temporais de produção e gastos hospitalares e ambulatoriais *per capita*, por internação e por tipo de assistência, comparação entre gastos e análise de tendências; e (2) servir de instrumento para a regulação, controle e auditoria à gestão da saúde.

2.2 A Atenção Especializada de Alta Complexidade no SUS e seu Financiamento

A atenção especializada de alta complexidade é capaz de resolver cerca de 5% dos problemas de saúde da população, no entanto, apesar da pequena fatia no total de resolubilidade de agravos em saúde, apresenta-se como o nível de atenção mais oneroso para o sistema, chegando a quase 50% dos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde (SERVO et al., 2011). Este alto custo tem sua explicação baseada nas características que definem o nível de alta complexidade da atenção.

De acordo com Solla e Chioro (2014), a alta complexidade configura-se por um processo de trabalho que engloba grande densidade tecnológica para sua realização, as chamadas "tecnologias duras", além disso, os procedimentos deste nível englobam os chamados de alto custo, há crescente inclusão de novas tecnologias e é exercido por profissionais altamente especializados. Viegas e Brito (2004) acrescentam ao conceito acima a internação em Unidade de Terapia Intensiva como também sendo atenção de Alta Complexidade. Tudo isso encarece o custeio deste nível de atenção.

Solla e Chioro (2014), analisando a oferta de serviços da atenção de alta complexidade pelo SUS, concluíram que este é caracterizado predominantemente pelo setor privado contratado e pelos hospitais universitários (agora geridos por empresa pública - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh). Ademais, esses autores colocam que o credenciamento desses serviços pelo SUS desconsideram parâmetros de base populacional, é baseado na oferta e não nas necessidades epidemiológicas e são desvinculados de linhas de cuidados, fragmentando as ações de atenção à saúde.

O financiamento das ações de saúde no Brasil pode ser considerado como sistema típico do modelo liberal com participação mista entre financiamento público e privado. O Brasil teve uma participação do setor público no gasto nacional em saúde de cerca de 42% apenas no ano de 2007 (OMS, 2010). No mesmo ano, os Estados Unidos da América (EUA), segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2010), teve 45% aproximadamente de gastos com saúde por financiamento público. Comparando-se países de modelo de cunho beveridgiano – prevalência de gastos públicos financiados por impostos gerais e de caráter redistributivo – como Inglaterra, Dinamarca e Suécia, observam-se valores na ordem de 82%, 84% e 82%, respectivamente. Logo, o sistema brasileiro de financiamento da saúde está mais próximo do modelo americano - que privilegia o sistema privado - do que daqueles países que também adotam sistema público de saúde universal (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2014).

Porto, Ugá e Moreira (2011) analisaram o uso de serviços de saúde por sistema de financiamento e, dentre seus achados, verificaram que o SUS ainda é o maior financiador dos cuidados da atenção primária à saúde e da alta complexidade hospitalar, os dois extremos da atenção em saúde. Os mesmos autores discutem que a prestação do serviço mesmo tendo grande aporte do setor privado, quando se trata de financiamento, este prevalece pelo setor público, principalmente nas regiões com condições sanitárias e socioeconômicas mais precárias como o Norte e o Nordeste. Ademais, Porto, Ugá e Moreira (2011) identificaram um aumento na utilização dos serviços ofertados pelo SUS por parte de usuários de planos de saúde privados entre 1998 e 2008.

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica do SUS estabeleceram as fontes de receita e estipularam o que deve ser considerado como despesas com ações e serviços de saúde, além disso, determinou que o financiamento dessas ações e serviços devem ser feitos pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. A forma de repasse regular e automática dos recursos do Sistema foi estabelecida pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto 1994 (BRASIL, 1994), baseado nas Normas Operacionais 01/91 e 01/92 do SUS. Posteriormente, no ano de 2000, com a promulgação da Emenda Constitucional n. 29, determinou-se a base de cálculo dos percentuais de receitas que cada um dos três entes federativos deve aportar minimamente por ano às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2000). Cabe destacar que a Emenda Constitucional nº. 86, de 17 de março de 2015 alterou os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, e tornou obrigatória a execução da programação orçamentária relativa às Emendas Parlamentares, ademais, alterou as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2015).

No que tange à assistência de alta complexidade do SUS, até poucos anos, o financiamento era de alocação de recursos baseado na remuneração dos serviços produzidos, ou seja, no pagamento por procedimento executado. Isto deveu-se à herança herdada da assistência médica previdenciária das décadas de 1970 e 1980, medicalocêntrica, que privilegiava o financiamento dos hospitais privados por procedimento (SOLLA; CHIORO, 2014). Como base para o cálculo, utilizava-se os valores definidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP-DATASUS). Este sistema gerou uma situação de distribuição de recursos conforme a capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e de oferta a depender do interesse dos prestadores dos serviços. Desta forma, os serviços de alta complexidade ficaram concentrados em grandes centros urbanos com melhores condições socioeconômicas e sanitárias, afastando o SUS do seu princípio de universalidade, por gerar profundas iniquidades com sobreposição de oferta de serviços em determinadas áreas e vazios assistenciais em outras (SOLLA; CHIORO, 2014). Ademais, a lógica de financiamento por procedimento faz com que o prestador privado escolha aqueles procedimentos que apresentam maiores ganhos financeiros diretos e mais rápidos, independentemente de quais sejam as principais necessidades de saúde da população ou os objetivos do SUS. Dessa forma, a organização dos serviços segue a lógica de mercado e não epidemiológica.

Apenas após a publicação da Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que os recursos federais passaram a ser organizados e transferidos em conta única e específica aos estados, Distrito Federal e municípios na forma de seis Blocos de Financiamento: Atenção

Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Cada um desses blocos é constituído por componentes específicos.

O Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar possui dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). No Limite Financeiro do MAC, os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada e esses recursos ficam sob a gerência do Gestor responsável para custeio dos procedimentos classificados como sendo de média ou alta complexidade. Os recursos alocados para financiamento dessas ações e serviços ao Limite Financeiro MAC passam a incorporar o fundo do respectivo ente e são transferidos regularmente. Por outro lado, o FAEC foi criado inicialmente para custear os procedimentos considerados de alto custo e de alta complexidade e, depois de gerada série histórica daqueles procedimentos e o custo para o município, Distrito Federal e estado, seria incorporado para transferências regulares ao Limite MAC do ente. Atualmente, todos os procedimentos de alta complexidade da área da cardiologia ofertados pelo SUS são pagos por recursos advindos do Limite Financeiro MAC (SIGTAP-DATASUS).

No entanto, apesar da criação dos tetos financeiros de MAC e FAEC para a alta complexidade, estes componentes não foram suficientes para modificar satisfatoriamente à estrutura de financiamento deste nível de atenção no SUS. Considerando que para a habilitação de hospital de alta complexidade pelo SUS, e consequente transferência de recurso ao gestor local para custeio desses procedimentos, o cálculo ainda é baseada no parâmetro mínimo de produção, estipulado na Portaria SAS/MS nº 210/2004, e a média do custo daqueles procedimentos no estado, os quais são gerados com base nos valores da Tabela do SUS. Dessa forma, a lógica de pagamento por procedimento, mesmo que indiretamente, permanece vigente no financiamento da saúde pública pelo SUS. Solla e Chioro (2014) comentam que se faz necessário o desenvolvimento de nova lógica de financiamento da atenção de média e alta complexidade. No entanto, até o momento, não foram apresentadas ou testadas formas de financiamento que diferem do pagamento por procedimento, mesmo indiretamente.

2.3 A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

Destacam-se dentre os princípios e diretrizes do SUS, dois que foram determinantes para a organização do Sistema: a regionalização e a hierarquização. Como resultado deste último, foi estabelecido que as ações e procedimentos de cuidados com a saúde fossem elaborados segundo dois eixos, quais sejam: um relativo às ações de atenção primária, relacionadas à prevenção e promoção da saúde, e o outro que contempla as ações no nível de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2010a).

A assistência de alta complexidade cardiovascular no SUS foi regulamentada por meio das Portarias: GM/MS nº 1.169, de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004a), que instituiu a PNACAC, e deu outras providências; SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004b), que definiu as Unidades de Assistência e os Centros de Referência em Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e suas aptidões e qualidades, bem como, por meio dos seus anexos, o processo e requisitos para a habilitação de estabelecimentos hospitalares de alta complexidade cardiovascular junto ao Ministério da Saúde. Esta última foi alterada pelas Portarias SAS/MS nº 123, de 28 de fevereiro de 2005, SAS/MS nº 384, de 26 de maio de 2006 e SAS/MS nº 433, de 15 de maio de 2012, quanto aos requisitos de habilitação, dos parâmetros mínimos de realização de procedimentos e dos parâmetros populacionais para habilitação em alta complexidade, respectivamente.

Seguindo as diretrizes do SUS, a PNACAC procurou abranger nos seus ditames os princípios norteadores da saúde pública no Brasil tanto na instituição da política, quanto na organização da oferta de serviços e de estabelecimentos. A universalidade foi instituída ao afirmar que o acesso deve ser a toda população e a todos os serviços, e a integralidade, pela definição de que as unidades devem oferecer assistência especializada e integral à população com doenças cardiovasculares quanto à prevenção, promoção e reabilitação, além dos procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. A regionalização foi orientada por meio dos parâmetros populacionais, no entanto posterior alteração reorientou a organização da rede de atenção pelas necessidades de saúde da população (JÚNIOR; FRAGA; FREITAS, 2012). Ademais, a Política ditou a necessidade de aderência dos estabelecimentos de saúde aos critérios da Política Nacional de Humanização. Assim, demonstra-se bastante abrangente a atenção à saúde cardiovascular instituída pela PNACAC.

Dentre as principais regulamentações trazidas por essa política, destacam-se a proposição de organização dos serviços especializados de cardiologia como redes de atenção. A Política Nacional determinou que as Secretarias Estaduais de Saúde, em conjunto com as

Secretarias Municipais, estabelecessem uma Rede Regional ou Estadual de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, de forma planejada e hierarquizada. Cabe lembrar que as Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a). No caso de alguma região não dispor de serviços em quantidade suficiente ou na inexistência serviços, pode-se contar com a Central Nacional de regulação de Alta Complexidade (CNRAC), para garantir o acesso da população aos serviços de alta complexidade cardiovascular em outra Unidade da Federação (BRASIL, 2010a). Mendes (2011) é contundente ao concluir e afirmar que a organização dos sistemas de saúde em formato de Redes de Atenção contemplando todos os níveis de atenção apresentam melhores resultados para a saúde da população além de reduzir os gastos.

Além da determinação das exigências de habilitação dos estabelecimentos prestadores de serviços de alta complexidade cardiovascular, a PNACAC organizou as áreas de alta complexidade em cardiologia em seis tipos de serviços com seus respectivos parâmetros mínimos de produção anual, a saber: (1) Cirurgia Cardiovascular, com mínimo de produção estipulado em 180 procedimentos por ano, excluindo neste cálculo os implantes ou trocas de marcapasso; (2) Procedimentos da Cardiologia Intervencionista, devendo realizar 144 procedimentos/ano – essas duas áreas de habilitação devem ser habilitadas conjuntamente, sendo condição necessária para a habilitação de qualquer desses serviços –; (3) Cirurgia Cardiovascular Pediátrica, com mínimo de 120 procedimentos anuais – no caso de habilitação em estabelecimento já habilitado em Cirurgia Cardiovascular, o parâmetro mínimo de produção anual considerado é o total de cirurgias em adultos e crianças, devendo somar 240 procedimentos por ano, ademais, este o serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica exige a habilitação em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista ou ter outro serviço que seja oficialmente formalizado como de referência; (4) Cirurgia Vascular, tendo como mínimo exigido um total de 90 procedimentos anuais; (5) Procedimentos Endovasculares Extracardíacos, que exige a habilitação em Cirurgia Vascular e a realização mínima anual de 120 procedimentos; e, por fim (6) Laboratório de Eletrofisiologia, habilitação que tem parâmetro mínimo de produção de 39 procedimentos/ano. Cabe destacar que os parâmetros de produção para habilitação dos serviços de Cirurgia Vascular e Laboratório de Eletrofisiologia foram alterados pela Portaria SAS/MS nº 384, de 26 de maio de 2006 para os valores atuais.

Depreende-se do texto que normatiza a habilitação dos estabelecimentos de saúde de alta complexidade cardiovascular para oferecer serviços ao SUS e receber por estes, que as

prerrogativas obrigatórias referem-se à estrutura física instalada para o serviço e o acordo de quantidade de procedimentos. Não há determinação expressa de necessidade de documento que apresente a necessidade epidemiológica e demográfica para o funcionamento de um serviço de alta complexidade em determinada região. Ou seja, o processo é mais regulado pela capacidade instalada e oferta do serviço que das necessidades ou objetivos diretos do SUS. Outro importante fator que inicialmente era guia para o planejamento de área para montar e financiar uma estrutura de atenção em alta complexidade é o parâmetro populacional, que fora suspenso considerando necessidade de ampliar o acesso aos serviços especializados, mas que retirou mais uma forma de regular a atenção hospitalar de alta complexidade (BRASIL, 2012).

Tal situação de habilitação acabou gerando uma maior concentração dos estabelecimentos de alta complexidade nos grandes centros urbanos dificultando o acesso da população aos serviços especializados (SOLLA; CHIORO, 2014). Apesar de a descentralização dos serviços de saúde de todos os níveis de atenção ser importante princípio do SUS, há atualmente uma situação de quase universalidade dos serviços da atenção básica disponíveis a toda a população sem a adequada referência à atenção especializada, principalmente de alta complexidade, o que põe em cheque o princípio da integralidade da assistência (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

2.4 A Relação Público-Privada no SUS

Em meados do século XVI foi instalado no Brasil o seu primeiro hospital. A Santa Casa de Misericórdia de Santos, que à época de sua fundação recebia o nome de Hospital de Todos os Santos, funciona até hoje com grande capacidade instalada. Mas, foi no final da década de 1960 que o modelo médico-hospitalocêntrico flexneriano iniciou sua hegemonia (SANTOS, 1986, apud NETO et al, 2014). De acordo com estes autores, a atenção hospitalar privada no Brasil iniciou sua expansão, promovida principalmente pelas propostas progressistas do ex-presidente Juscelino Kubitschek e a lógica de desenvolvimento econômico do regime militar que replicaram o modelo americano de saúde – focado no serviço privado de saúde com participação pública complementar.

Dados da Pesquisa de Assistência Médica-Sanitária de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimaram que ao menos 40% da rede hospitalar no Brasil era composta por estabelecimentos com fins lucrativos (BRASIL, 2010b). De forma geral, os estabelecimentos hospitalares são regidos por três regimes administrativos no que tange à

propriedade do seu patrimônio: (i) o de caráter público e estatal que integra a administração pública propriamente dita; (ii) o privado que exerce funções de interesse público por meio de leis específicas, mas sem fins lucrativos – o chamado terceiro setor –; e (iii) o privado com finalidades lucrativas que opera sob o regime de direito privado e presta serviços ao setor público por meio de contratos (SALGADO, 2010). Assim, sob a gestão direta do Estado por meio da administração pública e regido pelo direito público estão a administração direta, autarquia, fundações públicas, consórcios públicos, empresa dependente, empresa pública e sociedade anônima. Já sob a gestão livre por meio da sociedade civil e sob o regime jurídico de direito privado, mas sem fins lucrativos, estão as organizações sociais, o serviço social autônomo, as organizações da sociedade civil de interesse público, as fundações de apoio e outras entidades do terceiro setor (SALGADO, 2010).

Nos anos iniciais de desenvolvimento do SUS na década de 1990, estava em processo de implantação também o que ficou conhecido com a reforma administrativa do Estado. À época o pensamento político-econômico hegemônico do neoliberalismo pregava a doutrina do Estado mínimo baseado no princípio da eficiência por meio da administração gerencial, retirando do setor público aquelas atividades nas quais sua atuação não fosse imprescindível e aumento da sua atividade regulatória (BRASIL, 1998). Foi então proposto por Luiz Carlos Bresser-Pereira em 1995 o Plano Diretor da Reforma do Estado, que, dentre outras coisas, trazia maior descentralização para as ações do Estado e o colocava mais voltado para o controle dos resultados do que para o controle dos procedimentos. Mas foi com a promulgação da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998, a "emenda da reforma administrativa", que foram instituídas modificações nas relações entre o Estado, agentes públicos, agentes econômicos e terceiro setor (BRASIL, 1998). Destacam-se aqui, dentre as principais decorrências da reforma administrativa a instituição das parcerias com pessoas jurídicas privadas, sem fins lucrativos, para a prestação de serviços de utilidade pública e assistenciais com fomento e fiscalização do Estado (ALEXANDRINO; PAULO, 2013).

Nesse contexto, desenvolveu-se o credenciamento de entidades privadas com e sem fins lucrativos, estas últimas administradas pelo setor privado, mas exercendo finalidade pública, junto ao Estado financiador e regulador dos seus serviços.

No entanto, a contratação do serviço privado para ofertar serviços de saúde à população não ocorreu conforme o esperado. Segundo dados da pesquisa de Matos e Pompeu (2003), os contratos e convênios formalizados entre o SUS e o setor privado não passavam de 20% do total, dependendo do tipo de unidade. Vê-se que à época o setor público não tinha desenvolvido administrativamente o processo de contratação de serviços privados, apesar da

existência de normativa regulatória dos contratos e processos licitatórios. Desta forma, a contratação de serviços por meio informal abriu brecha a fraudes na oferta do serviço e no seu processo de pagamento, além de prejudicar a lisura da escolha do melhor prestador que ofereça serviços de qualidade e com o menor custo ao Estado (SOLLA; CHIORO, 2014).

Com o fito de regularizar as parcerias entre o setor público e privado no SUS e de operacionalizar em nível infralegal a contratação dos serviços privados de assistência à saúde, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006, que fora posteriormente revogada pela Portaria GM/MS nº 1.034, de 05 de maio de 2010, a qual dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2010c). Nesta última, foram estipuladas as regras e requisitos para a celebração de contratos ou convênios com as entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos.

O sistema de saúde pública brasileiro possui uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços que atuam em um mesmo campo e estabelecem relações de complementaridade e concorrência, típicos do modelo de gestão mista público-privado, financiados majoritariamente por recursos públicos. A composição deste setor se dá principalmente por três subsetores, a saber: (1) o público, com serviços prestados e financiados pelo Estado em todos os níveis de atenção, de interesse público e sem fins lucrativos, inclusive os serviços das forças armadas; (2) o privado, que subdivide-se entre com ou sem fins lucrativos, financiado por sistemas de reembolso e por contratos e convênios com a administração pública, ou por recursos privados; (3) os seguros privados, financiados pelo consumidor contratante do seguro e por empresas empregadoras (TRAVASSOS et al. 2000).

É possível observar hoje no SUS um grande peso com o financiamento da prestação privada de serviços em contraste ao modelo adotado pelo SUS, que corrobora a estrutura dominante do *mix* público-privado (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, 2012). O governo federal tem nessas últimas duas décadas optado pela provisão privada dos serviços hospitalares - em especial os de alta complexidade - na tentativa de garantir a universalização da atenção (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

Isso fez com que nesses mais de 25 anos de SUS a rede privada crescesse na exploração de serviços de saúde. A atenção primária à saúde ainda é, em sua maioria, ofertada pelo SUS, no entanto já se vê parcerias público-privadas entre o Estado e o terceiro setor se desenvolvendo e ganhando destaque em estados como Rio de Janeiro, São Paulo e Paraíba (JÚNIOR; NASCIMENTO; COSTA, 2011). Já a atenção especializada de média e alta

complexidade, em determinados municípios ou estados da federação, a oferta é fortemente vinculada aos serviços privados (filantrópicos ou lucrativos) em especial os hospitalares.

Romano e Scatena (2014) fizeram um estudo recente sobre a relação público-privada na oferta de serviços de média e alta complexidade na região da baixada cuiabana em Mato Grosso (MT) e verificaram que a maioria da assistência ambulatorial é vinculada ao setor público, mas os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) são em sua maioria ofertados por prestadores privados/filantrópicos do SUS. Esses autores também demonstraram que, naquela região, a participação do privado era maior na capital - Cuiabá/MT - e que os procedimentos prestados pelo setor privado são mais dispendiosos que os prestados pelo público - 26% da produção ambulatorial com 30,1% dos valores aprovados -. Essa situação se agrava para a alta complexidade, na qual 97% dos valores aprovados são para prestadores privados, segundo os autores.

3. METODOLOGIA

O presente estudo tem natureza quantitativa, exploratória e descritiva, utilizando-se de dados secundários, que se referem à assistência hospitalar de média e alta complexidade cardiovascular de hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde e foram obtidos pelo site do DATASUS. Para a coleta de dados, utilizou-se o sistema TabWin para o cruzamento das informações.

O recorte temporal adotado foi entre os anos de 2008 e 2014. Apesar de a PNACAC datar de 2004, houve mudança na forma de registro e códigos dos procedimentos da Tabela do SUS no ano de 2008 como forma de unificação das antigas tabelas de procedimentos separadas do SIA/SUS e SIH/SUS (BRASIL, 2007).

O levantamento das informações deu-se por meio de dados secundários provenientes do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Não foram incluídos os grupos de medicamentos nem de órteses, próteses e materiais especiais. Sobre estes últimos, foram considerados apenas os procedimentos que são relacionados às órteses, próteses e materiais especiais ofertados pelo SUS, mas não foi objetivo aqui avaliar a utilização dessas OPME.

Para o levantamento dos estabelecimentos hospitalares prestadores de serviços de média e alta complexidade cardiovascular foram consideradas as variáveis Tipo de Estabelecimento e Tipo de Prestador. Para a primeira, Tipo de Estabelecimento, foram selecionados os subtipos de Hospital Geral, Hospital Especializado e Hospital Dia. Ademais,

foram considerados nas análises apenas os estabelecimentos habilitados prestadores de serviços para o SUS habilitados pelo Ministério da Saúde conforme a Portaria SAS/MS nº 210/2004. Para Tipo de Prestador foram selecionados prestadores: (1) Públicos, agregando instituições federais, estaduais e municipais; (2) Privados, subdivididos em Privados Sem Fins Lucrativos; Filantrópicos; e Privados Com Fins Lucrativos.

Para a caracterização da produção de procedimentos realizados e dos valores aprovados dos serviços hospitalares, foi utilizada a base de dados do SIH/SUS definindo como variáveis a Frequência e Valor Aprovado. Os procedimentos selecionados foram todos que compõem a tabela de procedimentos cirúrgicos do aparelho circulatório (códigos da tabela do SUS: Grupo 04-procedimentos cirúrgicos; Subgrupo 06-cirurgia do aparelho circulatório) e analisado de forma separada e agregada as áreas da cardiologia (códigos da tabela do SUS: Formas de Organização 04.06.01-Cirurgia Cardiovascular, 04.06.02-Cirurgia Vascular, 04.06.03-Cardiologia Intervencionista, 04.06.04-Cirurgia Endovascular e 04.06.05-Eletrofisiologia). Os procedimentos considerados foram os classificados pelo SIH/SUS como de Média e Alta Complexidade na seleção “Complexidade”. Dados brutos e percentuais foram analisados.

O estudo utilizou base de dados considerando dados de todo o Brasil com subdivisões para as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. De acordo com a mais recente estimativa de população publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2014 o Brasil possuía uma população de 193.946.886 habitantes, sendo 17.231.027 (8,5%) na região Norte, 56.186.190 (27,71%) na região Nordeste, 15.219.608 (7,51%) na região Centro-Oeste, 85.115.623 (41,98%) na região Sudeste e 29.016.114 (14,31%) na região Sul.

Especificamente na área da cardiologia, de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), até 2014 são registrados na Tabela 242 procedimentos cirúrgicos do aparelho circulatório, desses, 123 são de cirurgia cardiovascular, 60 de cirurgia vascular, 14 de cardiologia intervencionista, 32 de cirurgia endovasculares, e 13 de Eletrofisiologia. Do total de procedimentos cirúrgicos do aparelho circulatório, 44 são de média complexidade e 198 de alta complexidade. Apenas 05 da área de cirurgia vascular são realizados em ambulatório, todos os demais, em hospital – estes foram desconsiderados do estudo, devido ao objetivo de análise das produções hospitalares.

4. RESULTADOS

Pelos dados do CNES, é possível verificar a distribuição dos estabelecimentos hospitalares que atendem ao SUS, habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) em alta complexidade cardiovascular (ACC), e os seis tipos de serviços de cirurgia do aparelho circulatório por estes ofertados, quais sejam: Cirurgia Cardiovascular (CCV) e Procedimentos da Cardiologia Intervencionista (PCI), Cirurgia Cardiovascular Pediátrica (CP), Cirurgia Vascular (CV), Procedimentos Endovasculares Extracardíacos (PEE) e Laboratório de Eletrofisiologia (LE).

A Tabela 1 apresenta o número de hospitais e leitos cirúrgicos de cardiologia do SUS existentes por região e estado brasileiro em 2014. Já na Tabela 2, também para o mesmo ano, tem-se os serviços de ACC prestados pelos estabelecimentos habilitados pelo MS por região e estado. Para o referido período, havia um total de 277 hospitais habilitados e 697 serviços de cirurgia cardiovascular. Pelas Tabelas 1 e 2, observa-se que a região Sudeste concentra quase a metade dos estabelecimentos habilitados (N = 125, 45,13%) e dos serviços (N = 294; 42,18%) no Brasil. Em seguida veem as regiões Sul e Nordeste com aproximadamente 20% dos estabelecimentos (Sul: N = 60, 21,66%; Nordeste: N = 56, 20,22%) e serviços (Sul: N = 166, 23,82%; Nordeste: N = 149, 21,23%), e, por fim, com menor oferta de atenção de ACC, as regiões Centro-Oeste, com 22 estabelecimentos (7,94%) e 55 serviços (7,89%), e Norte com apenas 14 estabelecimentos (5,05%) e 34 serviços (4,88%).

Tabela 1 - Estabelecimentos hospitalares habilitados pelo MS (SUS) em ACC e leitos cirúrgicos de cardiologia por região e estado (2014)

Região	Estado	Total de Hospitais		Leitos Cirúrgicos de Cardiologia				
				Existentes		SUS		% SUS/ Existentes
		N	%Reg / %Bra	N	%Reg / %Bra	N	%Reg / %Bra	
Centro-Oeste (CO)	DF	2	9,09	134	29,71	50	20,41	37,31
	GO	11	50	188	41,69	117	47,76	62,23
	MS	4	18,18	56	12,42	29	11,84	51,79
	MT	5	22,73	73	16,19	49	20,00	67,12
Total CO		22	100/7,94	451	100/8,16	245	100/7,66	54,32
Nordeste (NE)	AL	3	5,36	73	6,75	37	5,72	50,68
	BA	13	23,21	276	25,53	134	20,71	48,55
	CE	14	25	188	17,39	134	20,71	71,28
	MA	2	3,57	39	3,61	22	3,40	56,41
	PB	2	3,57	55	5,09	44	6,80	80,00
	PE	9	16,07	248	22,94	173	26,74	69,76
	PI	5	8,93	47	4,35	35	5,41	74,47
	RN	5	8,93	110	10,18	46	7,11	41,82
	SE	3	5,36	45	4,16	22	3,40	48,89
Total NE		56	100/20,22	1081	100/19,57	647	100/20,23	59,85
Norte (N)	AC	1	7,14	3	0,66	3	1,15	100,00
	AM	4	28,57	71	15,54	37	14,23	52,11
	AP	1	7,14	151	33,04	115	44,23	76,16
	PA	4	28,57	179	39,17	71	27,31	39,66
	RO	1	7,14	21	4,60	8	3,08	38,10

	RR	0	0	10	2,19	10	3,85	100,00
	TO	3	21,43	22	4,81	16	6,15	72,73
Total N		14	100/5,05	457	100/8,27	260	100/8,13	56,89
Sudeste (SE)	ES	7	5,6	80	3,35	48	3,52	60,00
	MG	39	31,2	541	22,64	308	22,56	56,93
	RJ	24	19,2	641	26,82	323	23,66	50,39
	SP	55	44	1128	47,20	686	50,26	60,82
Total SE		125	100/45,13	2390	100/43,26	1365	100/42,68	57,11
Sul (S)	PR	26	43,33	403	35,17	218	32,01	54,09
	RS	22	36,67	463	40,40	267	39,21	57,67
	SC	12	20	280	24,43	196	28,78	70,00
Total S		60	100/21,66	1146	100/20,74	681	100/21,29	59,42
TOTAL Brasil		277	100	5525	100	3198	100	57,88

Fonte: CNES (2014).

Pela distribuição dos leitos cirúrgicos de cardiologia no Brasil, conforme na Tabela 1, observa-se ainda que, conforme informado no CNES para o ano de 2014, havia um total de 490 estabelecimentos de saúde com leito cirúrgico de cardiologia. Desse total, quase 60% são ofertados ao SUS, lógica que prevalece na maioria das regiões do país (Centro-Oeste = 54,32%, Nordeste = 59,85%, Norte = 56,89%, Sudeste = 57,11%, Sul = 59,42%). As regiões Nordeste e Sul foram as que apresentaram maior oferta de sua rede de leitos ao SUS. Quanto aos estados, apenas seis têm a maior parcela dos seus leitos não disponibilizados ao Sistema Público: Distrito Federal, Bahia, Rio Grande do Norte, Sergipe, Pará e Rondônia. Cabe ressaltar que os estados de Roraima e Acre apresentaram 100% de seus leitos de cirurgia cardíaca como sendo do SUS. Isso porque os hospitais, nesses estados, que possuem este tipo de leito são eminentemente públicos. Além disso, o hospital em Roraima com leitos cirúrgicos de cardiologia não é habilitado pelo MS.

Pelo total de estabelecimentos no Brasil no ano de 2014 habilitados pelo SUS em ACC (N = 277) e aqueles que possuem leitos cirúrgicos de cardiologia (N = 490), conclui-se que 56,53% dessa rede de assistência é ofertada ao SUS. Esses dados indicam que a assistência de ACC no Brasil é majoritariamente ofertada pelo SUS e, consequentemente, financiada por este.

Ao se analisar a quantidade de serviços habilitados nos hospitais de todo o País (Tabela 2), vê-se maior quantidade de serviços de Cirurgia Cardiovascular e Intervencionista (N = 231, 33,09%) e Cirurgia Vascular (N = 207, 29,66%), seguidos pelos serviços de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos (N = 108, 15,47%) e serviços de Laboratório de Eletrofisiologia (N = 85, 12,18%). O serviço que apresentou menor quantidade de oferta no Brasil foi o de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica com apenas 67 hospitais habilitados, o que corresponde a 9,6% de todos os serviços.

Tabela 2 – Serviços de ACC dos estabelecimentos habilitados pelo MS por região e estado (2014)

Região	Estado	CCV e PCI		CP		CV		PEE		LE		TOTAL	
		N	%Reg/ %Bra	N	%Reg/ %Bra	N	%Reg/ %Bra	N	%Reg/ %Bra	N	%Reg/ %Bra	N	%Reg/ %Bra
Centro-Oeste (CO)	DF	2	10,53	2	40,00	2	14,29	1	12,50	2	22,22	9	16,36
	GO	9	47,37	1	20,00	5	35,71	2	25,00	3	33,33	20	36,36
	MS	3	15,79	1	20,00	4	28,57	2	25,00	1	11,11	11	20,00
	MT	5	26,32	1	20,00	3	21,43	3	37,50	3	33,33	15	27,27
Total CO		19	100/8,23	5	100/7,46	14	100/6,76	8	100/7,41	9	100/10,59	55	100/7,88
Nordeste (NE)	AL	3	6,38	1	4,76	2	5,26	2	9,09	3	14,29	11	7,38
	BA	12	25,53	7	33,33	12	31,58	6	27,27	5	23,81	42	28,19
	CE	10	21,28	3	14,29	6	15,79	3	13,64	2	9,52	24	16,11
	MA	2	4,26	2	9,52	2	5,26	1	4,55	1	4,76	8	5,37
	PB	3	6,38	0	0,00	3	7,89	1	4,55	1	4,76	8	5,37
	PE	8	17,02	3	14,29	6	15,79	5	22,73	5	23,81	27	18,12
	PI	3	6,38	2	9,52	4	10,53	2	9,09	1	4,76	12	8,05
	RN	5	10,64	1	4,76	2	5,26	1	4,55	2	9,52	11	7,38
	SE	1	2,13	2	9,52	1	2,63	1	4,55	1	4,76	6	4,03
Total NE		47	100/20,35	21	100/31,34	38	100/18,36	22	100/20,37	21	100/24,71	149	100/21,35
Norte (N)	AC	1	8,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,94
	AM	3	25,00	0	0,00	2	20,00	1	20,00	2	40,00	8	23,53
	AP	1	8,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	2,94
	PA	4	33,33	2	100,00	4	40,00	2	40,00	2	40,00	14	41,18
	RO	1	8,33	0	0,00	1	10,00	1	20,00	0	0,00	3	8,82
	RR	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	TO	2	16,67	0	0,00	3	30,00	1	20,00	1	20,00	7	20,59
Total N		12	100/5,19	2	100/2,99	10	100/4,83	5	100/4,63	5	100/5,88	34	100/4,87
Sudeste (SE)	ES	6	5,77	2	7,69	6	6,59	3	7,14	2	6,45	19	6,46
	MG	32	30,77	8	30,77	29	31,87	16	38,10	11	35,48	96	32,65
	RJ	20	19,23	4	15,38	18	19,78	6	14,29	6	19,35	54	18,37
	SP	46	44,23	12	46,15	38	41,76	17	40,48	12	38,71	125	42,52
Total SE		104	100/45,02	26	100/38,81	91	100/43,96	42	100/38,89	31	100/36,47	294	100/42,12
Sul (S)	PR	22	44,90	7	53,85	25	46,30	12	38,71	6	31,58	72	43,37
	RS	17	34,69	4	30,77	20	37,04	13	41,94	10	52,63	64	38,55
	SC	10	20,41	2	15,38	9	16,67	6	19,35	3	15,79	30	18,07
Total S		49	100/21,21	13	100/19,40	54	100/26,09	31	100/28,70	19	100/22,35	166	100/23,78
TOTAL Brasil		231	100/33,09	67	100/9,6	207	100/29,66	108	100/15,47	85	100/12,18	698	100

Fonte: CNES (2014).

Ainda pela Tabela 2, é possível observar os estados que não possuem hospitais habilitados em ACC e/ou determinados serviços da área de cirurgia cardiovascular, ou seja, os “vazios assistenciais”. A região Norte é a que possui menor acesso a serviços de ACC. Em todo o estado de Roraima, não existe hospital habilitado para realização de cirurgias cardíacas. Os estados do Acre e Amapá só possuem um estabelecimento hospitalar habilitado cada e com apenas os serviços de Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos da Cardiologia Intervencionista. Rondônia não possui assistência em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica nem de Laboratório de Eletrofisiologia. Por fim, em Amazonas e Tocantins não há serviços de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica. Também sem serviço de Cirurgia Cardiopediátrica, na região Nordeste, tem-se a Paraíba.

De acordo com os dados do CNES quanto ao tipo de prestador (Unidade Privada: filantrópica, sem fins lucrativos e com fins lucrativos; e Unidade Pública), compilados na Tabela 3, no ano de 2014, 73,29% (N = 203) dos estabelecimentos de saúde prestadores de serviços ao SUS habilitados pelo MS em ACC eram da iniciativa privada. A maior parte

desses estabelecimentos é de entidades filantrópicas (N = 136; 67,00%), seguida de unidades com fins lucrativos (N = 43; 21,18%) e as unidades sem fins lucrativos (N = 24; 11,82%).

Tabela 3 – Estabelecimentos habilitados pelo MS em ACC por região e estado, segundo tipo de prestador (2014)

Região	Estado	UNIDADE PRIVADA								Total UNIDADE PÚBLICA		% Total Privado	% Total Público
		Filantrópica		Com fins lucrativos		Sem fins lucrativos		Total UNIDADE PRIVADA					
		N	%Reg/ %Bra	N	%Reg/ %Bra	N	%Reg/ %Bra	N	%Reg/ %Bra	N	%Reg/ %Bra		
Centro-Oeste	DF	1	8,33	0	0,00	0	0,00	1	5,88	1	20,00	50,00	50,00
	GO	3	25,00	3	100	2	100	8	47,06	3	60,00	72,73	27,27
	MS	3	25,00	0	0,00	0	0,00	3	17,65	1	20,00	75,00	25,00
	MT	4	33,33	0	0,00	0	0,00	4	23,53	1	20,00	80,00	20,00
Centro-Oeste Total		11	100/ 8,09	3	100/6,98	2	100/8,33	16	100/ 8,33	6	100/ 8,11	72,73	27,27
Nordeste	AL	2	6,45	0	0,00	0	0,00	2	4,35	1	10,00	66,67	33,33
	BA	9	29,03	2	15,38	0	0,00	11	23,91	2	20,00	84,62	15,38
	CE	5	16,13	3	23,08	1	50,00	9	19,57	5	50,00	64,29	35,71
	MA	1	3,23	1	7,69	0	0,00	2	4,35	0	0,00	100	0,00
	PB	2	6,45	1	7,69	0	0,00	3	6,52	0	0,00	100	0,00
	PE	6	19,35	3	23,08	0	0,00	9	19,57	0	0,00	100	0,00
	PI	2	6,45	1	7,69	0	0,00	3	6,52	1	10,00	75,00	25,00
	RN	2	6,67	1	7,69	1	50,00	4	8,89	1	0,00	80,00	20,00
SE	1	3,23	1	7,69	0	0,00	2	4,35	1	10,00	66,67	33,33	
Nordeste Total		30	100/ 22,06	13	100/30,23	2	100/8,33	45	100/22,06	11	100/14,86	80,36	19,64
Norte	AC	0	0,00	0	0,00	1	25,00	1	9,09	0	0,00	100	0,00
	AM	3	60,00	0	0,00	1	25,00	4	36,36	0	0,00	100	0,00
	AP	0	0,00	0	0,00	1	25,00	1	9,09	0	0,00	100	0,00
	PA	1	20,00	2	100,00	1	25,00	4	36,36	0	0,00	100	0,00
	RO	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0,00	100
	TO	1	20,00	0	0,00	1	25,00	2	18,18	1	33,33	66,67	33,33
Norte Total		5	100/ 3,68	2	100/ 4,65	5	100/ 20,83	12	100/ 5,88	2	100/ 2,70	85,71	14,29
Sudeste	ES	1	1,79	0	0,00	1	8,33	2	2,30	4	10,53	33,33	66,67
	MG	21	37,50	7	36,84	3	25,00	31	35,63	8	21,05	79,49	20,51
	RJ	11	19,64	5	26,32	1	8,33	17	19,54	7	18,42	70,83	29,17
	SP	23	41,07	7	36,84	7	58,33	37	42,53	19	50,00	66,07	33,93
Sudeste Total		56	100 /41,18	19	100/44,19	12	100/50	87	100/42,65	38	100/ 51,35	69,60	30,40
Sul	PR	13	38,24	3	50,00	3	100	19	44,19	7	41,18	73,08	26,92
	RS	13	38,24	2	33,33	0	0,00	15	34,88	7	41,18	68,18	31,82
	SC	8	23,53	1	16,67	0	0,00	9	20,93	3	17,65	75,00	25,00
SUL Total		34	100/ 25,00	6	100/13,95	3	100/12,50	43	100/21,08	17	100/ 22,97	71,67	28,33
Total geral		136	100/ 67,00	43	100/21,18	24	100/11,82	203	100	74	100	73,29	26,71

Fonte: CNES (2014).

Ainda sobre a Tabela 3, o percentual de estabelecimentos privados prestadores de assistência de ACC nas regiões do País variou entre 69,60% no Sudeste a 85,71% no Norte, o que demonstra a prevalência do setor privado na exploração desses serviços em todo o País. Ressalta-se que foram encontrados percentuais de 100%, ou seja, a totalidade dos estabelecimentos como pertencentes à rede privada, quais sejam: nos estados do Maranhão, Paraíba e Pernambuco, na região Nordeste, e no Acre, Amazonas, Amapá e Pará, na região Norte. Em comum, todos estes apresentam quantitativo pequeno de estabelecimentos

prestadores de serviço de cirurgia cardíaca, entre um e nove hospitais. No outro extremo, o estado de Rondônia possui apenas um hospital habilitado na rede, este sendo uma unidade pública.

Avaliando o padrão de habilitação de estabelecimentos de ACC por Tipo de Prestador (Tabela 4), observa-se que, no período escolhido para o presente estudo (2008 a 2014), o setor privado, desde 2008, apresentou maior aumento no total de habilitações, indo de 158 estabelecimentos em 2008 a 203 em 2014. Ou seja, 45 novos hospitais. Isso representa uma taxa de aumento de 28,48%. Já o setor público apresentou um aumento de 66 estabelecimentos em 2008 para 74 em 2014 no total, um aumento de oito hospitais no período (taxa = 12,12%). O tipo de prestador que apresentou maior quantidade de novas habilitações foi o Privado - Unidade Filantrópica com 25 novos estabelecimentos de ACC no Brasil entre 2008 e 2014.

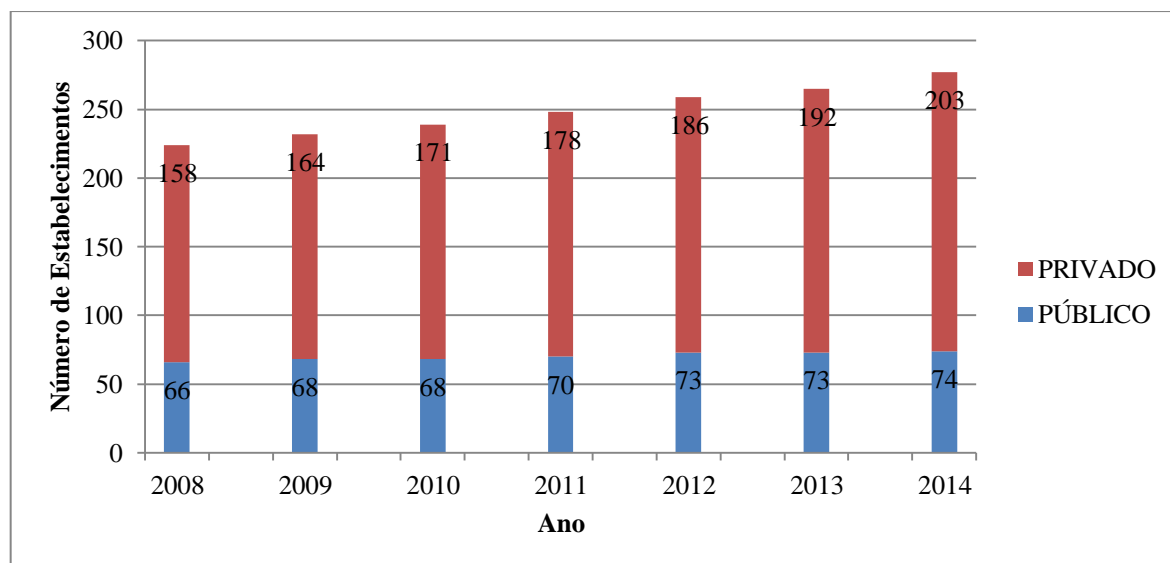
Tabela 4 – Estabelecimentos habilitados em ACC por Tipo de Prestador (2008 a 2014)

Tipo de Prestador		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		Taxa de Aumento	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Privado	Unidade Filantrópica	111	70,3	115	70,1	119	69,6	123	69,1	127	68,3	129	67,2	136	67	25	22,52
	Unidade Com Fins Lucrativos	35	22,2	36	22	38	22,2	39	21,9	39	21	41	21,4	43	21,2	8	22,86
	Unidade Sem Fins Lucrativos	12	7,59	13	7,93	14	8,19	16	8,99	20	10,8	22	11,5	24	11,8	12	100
Privado Total		158	100	164	100	171	100	178	100	186	100	192	100	203	100	45	28,48
Público	Unidade Pública	66	100	68	100	68	100	70	100	73	100	73	100	74	100	8	12,12
	Público Total	66	100	68	100	68	100	70	100	73	100	73	100	74	100	8	12,12
Total Geral		224	100	232	100	239	100	248	100	259	100	265	100	277	100	53	23,66

Fonte: CNES (2014).

Considerando as variações temporais entre 2008 e 2014 nas habilitações de estabelecimentos, é possível verificar pelos dados da Tabela 4, e mais claramente pelo Gráfico 1, uma tendência histórica de preferência pela habilitação em ACC a estabelecimentos privados, em detrimento dos estabelecimentos públicos. No ano de 2014, a prevalência dos estabelecimentos privados chegou a ser quase três vezes maior que os públicos.

Gráfico 1 - Crescimento anual das habilitações por tipo de prestador (2008 a 2014)



Fonte: CNES (2014).

Quando são investigadas a produção física e financeira dos procedimentos de ACC dos hospitais habilitados, destacam-se as proporções de execução por cada tipo de prestador, prevalecendo nas Unidades Privadas. Conforme demonstrado pela Tabela 5, os estabelecimentos privados são responsáveis pela realização, em uma média anual, de 71% (M = 144.584/ano) dos procedimentos cirúrgicos cardiovasculares. No entanto, são pagos por estes procedimentos uma média de 72,49% (M = R\$ 972.503.672,29/ano) dos recursos disponibilizados para o financiamento deste tipo de assistência. O setor público executa uma média de 29% (M = 59.020/ano) dos procedimentos e recebe 27,51% (M = R\$ 368.977.148,06) dos recursos da ACC. Assim, observa-se que as unidades privadas ficam com um percentual maior do recurso que o da produção física por elas executada, o contrário ocorre com as unidades públicas.

Tabela 5 – Produção física e financeira aprovadas dos hospitais habilitados em ACC por ano de registro, segundo Tipo de Prestador (2008 a 2014)

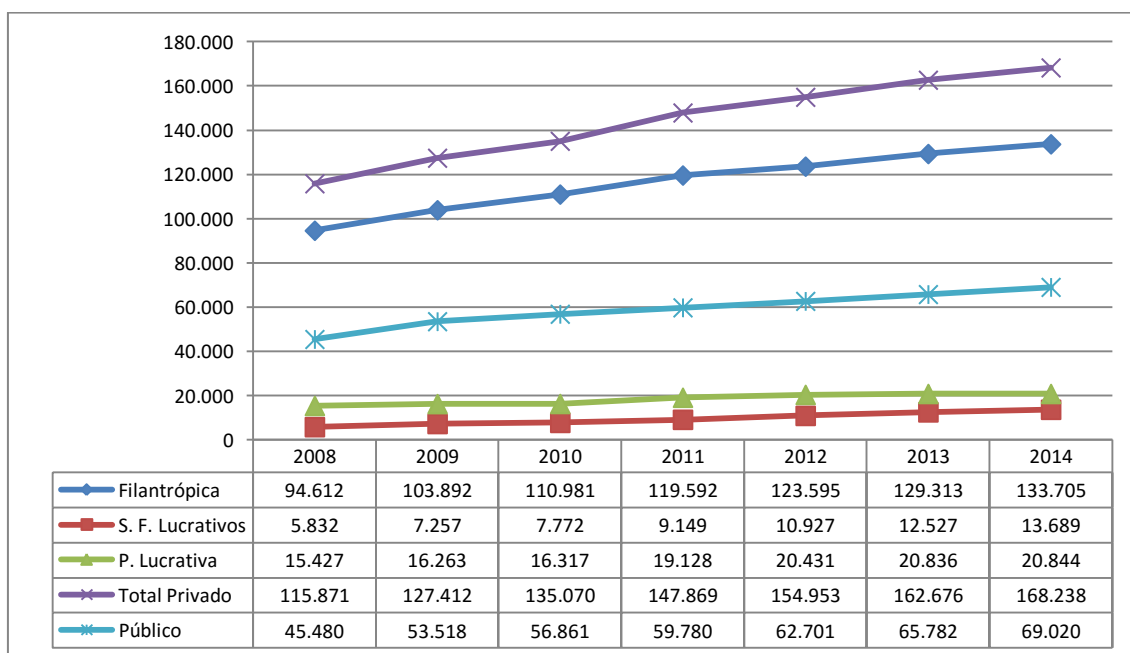
ANO	DADOS	Unidades Privadas				Unidades Públicas
		Unidade Filantrópica	Unidade Sem Fins Lucrativos	Unidade Privada Lucrativa	Total Privado	Total Público
2008	Frequência	94.612	5.832	15.427	115.871	45.480
	Valor R\$	564.838.192,60	34.999.271,20	100.316.769,22	700.154.233,02	254.273.026,37
	Valor Médio R\$	5.970,05	6.001,25	6.502,68	18.473,97	5.590,88
2009	Frequência	103.892	7.257	16.263	127.412	53.518
	Valor R\$	660.375.239,64	44.684.772,59	114.555.549,33	819.615.561,56	319.339.659,19
	Valor Médio R\$	6.356,36	6.157,47	7.043,94	19.557,77	5.966,96
2010	Frequência	110.981	7.772	16.317	135.070	56.861
	Valor R\$	701.077.653,04	47.901.762,68	116.517.729,75	865.497.145,47	345.091.229,50
	Valor Médio R\$	6.317,10	6.163,38	7.140,88	19.621,35	6.069,03
2011	Frequência	119.592	9.149	19.128	147.869	59.780

	Valor R\$	824.961.238,56	64.743.666,97	149.338.514,86	1.039.043.420,39	383.407.419,43
	Valor Médio R\$	6.898,13	7.076,58	7.807,33	21.782,04	6.413,64
2012	Frequência	123.595	10.927	20.431	154.953	62.701
	Valor R\$	853.334.536,44	75.517.892,87	156.440.716,09	1.085.293.145,40	411.254.297,23
	Valor Médio R\$	6.904,28	6.911,13	7.657,03	21.472,44	6.558,98
2013	Frequência	129.313	12.527	20.836	162.676	65.782
	Valor R\$	882.139.576,86	85.429.924,26	158.655.122,35	1.126.224.623,47	423.191.215,79
	Valor Médio R\$	6.821,74	6.819,66	7.614,47	21.255,87	6.433,24
2014	Frequência	133.705	13.689	20.844	168.238	69.020
	Valor R\$	923.020.194,57	92.537.017,78	156.140.364,38	1.171.697.576,73	446.283.188,93
	Valor Médio R\$	6.903,41	6.759,95	7.490,90	21.154,26	6.466,00
Média 2008 a 2014	Frequência	116.527	9.593	18.464	144.584	59.020
	Valor R\$	772.820.947,39	63.687.758,34	135.994.966,57	972.503.672,29	368.977.148,06
	Valor Médio R\$	6.595,87	6.555,63	7.322,46	20.473,96	6.214,10
% Crescimento 2008-2014	Frequência	41,32	134,72	35,11	45,19	51,76
	Valor R\$	63,41	164,40	55,65	67,35	75,51
	Valor Médio R\$	15,63	12,64	15,20	14,51	15,65

Fonte: SIH/DATASUS.

Com o fito de detalhar algumas informações para análise de tendências sobre a prestação da assistência de ACC no Brasil sob a ótica da relação público e privada, tem-se os Gráficos 2 e 3, que demonstram o crescimento anual da produção física dos procedimentos cirúrgicos e a produção financeira aprovada desses procedimentos. Quanto à frequência de procedimentos cirúrgicos realizados entre 2008 e 2014 (Gráfico 2), observa-se que as unidades públicas apresentaram crescimento de 51,76% (45.480 em 2008 para 69.020 em 2014). No mesmo período, somando a produção de todas as unidades privadas, estas apresentaram um crescimento inferior, totalizando 45,19% (115.871 em 2008 para 168.238 em 2014).

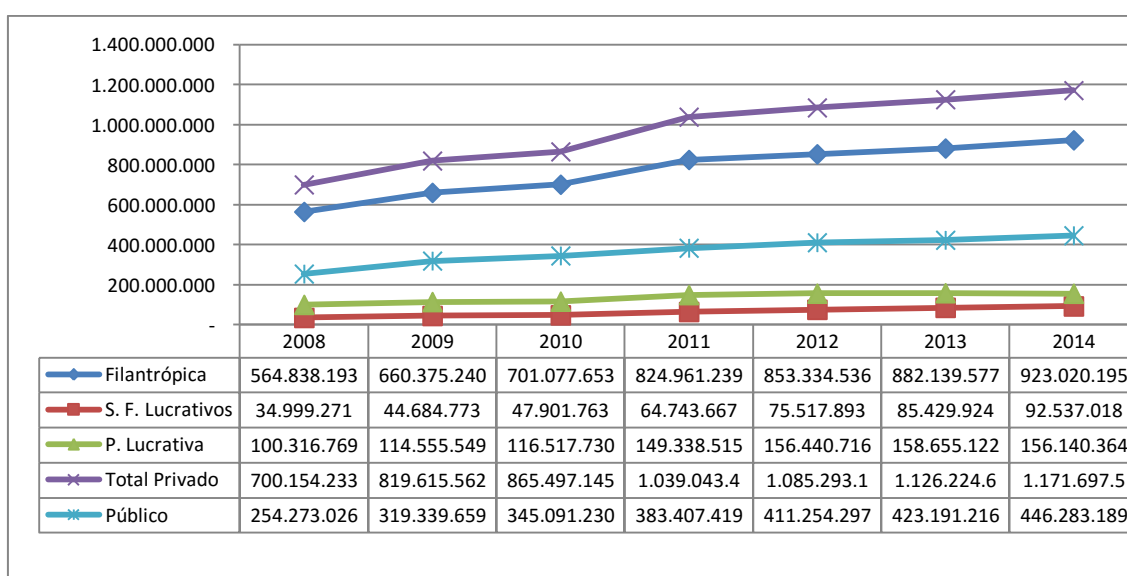
Gráfico 2 - Frequência da produção física de procedimentos por ano, segundo tipo de prestador (2008 a 2014)



Fonte: SIH/DATASUS

O mesmo ocorreu com os valores financeiros referentes ao repasse Ministerial aos estabelecimentos habilitados. De acordo com o Gráfico 3, os recursos aprovados para financiamento dos procedimentos no setor público tiveram um aumento dos valores de 75,51% (R\$ 254.273.026,37 em 2008 para R\$ 446.283.188,92 em 2014) e no setor privado de pouco menos, 67,35% (R\$ 700.154.233,02 em 2008 para 1.171.697.576,73 em 2014).

Gráfico 3 - Valor (R\$) de produção dos procedimentos por ano de registro, segundo tipo de prestador (2008 e 2014)



Fonte: SIH/DATASUS

Para tentar verificar se há maior preferência pela execução dos procedimentos da Tabela do SUS que possuem os maiores valores financeiros por algum dos tipos de prestadores, classificaram-se os procedimentos de Cirurgia do Aparelho Circulatório (Código: 04.06) da Tabela do SUS, em dois quintis: o primeiro com os procedimentos de menor valor na Tabela do SUS e o quinto com os procedimentos de maior valor na Tabela do SUS. O total de procedimentos do aparelho circulatório na Tabela do SUS é de 272, assim, os quintis eram compostos por 48 procedimentos. Os resultados são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Média anual de produção física dos procedimentos de cirurgia do aparelho circulatório de acordo com o maior e o menor quintil (2008 a 2014)

Tipo de Prestador	Procedimentos Com Menor Valor		Procedimentos Com Maior Valor	
	Média Anual	%	Média Anual	%
UNIDADE PÚBLICA	10.705	32,98	3.268	28,61
UNIDADES PRIVADAS	21.751	67,02	8.155	71,38
TOTAL	32.456	100	11.424	100

Fonte: SIH/DATASUS

Como se observa, as Unidades Públicas foram responsáveis por uma média anual de 10.705 dos procedimentos com menor valor de Tabela, ou seja, 32,98% (Tabela 6). Já as Unidades Privadas, realizaram 21.751 procedimentos (67,02%). Para os procedimentos com maiores valores na tabela SUS, as Unidades Públicas apresentaram produção de 3.268 procedimentos (28,61%) e as Unidades Privadas de 8.155 (71,38%). Conforme já foi demonstrado, as Unidades Privadas são maioria na oferta de serviços de atenção de ACC no Brasil, logo, corrobora o maior quantitativo na execução de procedimentos quando comparado com as Unidades Privadas. No entanto, as diferenças nas porcentagens de execução de cada quintil (1º procedimentos com menor valor de Tabela e 5º procedimentos com maior valor de Tabela) demonstrou que as Unidades Privadas apresentam maior percentual de execução para os procedimentos com maiores valores da Tabela do SUS, enquanto que, ao contrário, as Unidades Públicas apresentam maior percentual para os procedimentos com menor valor de Tabela.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir dos resultados encontrados no presente estudo, foi possível observar que a rede de atenção de alta complexidade cardiovascular do Brasil é bastante extensa e distribuída por todas as regiões do País. No entanto, concentrações e vazios assistenciais foram identificados ao se verificar o número de estabelecimentos e leitos de cirurgia cardiovascular por região e estado.

A região Sudeste possui a maior concentração de estabelecimentos e serviços de atenção cardiovascular, quase a metade de todo o país, já a região Norte tem menos de seis por cento dos estabelecimentos e serviços, isso pode ser explicado pelo fato de estas regiões serem as que apresentam, respectivamente, a maior e menor densidade populacional (IBGE, 2014) e índice de desenvolvimento humano renda (IPEA, 2014). A maior concentração populacional exige maior disponibilização de serviços de saúde para atender às necessidades

de saúde. Cabe destacar também que os parâmetros populacionais são considerados na hora de ser planejar a instalação de serviços de saúde, tanto de atenção primária quanto de média e alta complexidade (BRASIL, 2010a).

O índice de desenvolvimento humano renda é medido pela renda mensal per capita e serve de indicador sobre a concentração de renda no País (IPEA, 2014). De acordo com o atlas de desenvolvimento humano de 2013 (IPEA, 2014), 90% dos municípios da Região Norte estão na categoria baixo e médio e, por outro lado, 38% dos municípios do Sudeste estão na categoria alto e 51% no médio. Considerando que os estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade necessitam de maior investimento financeiro para sua construção e compra de tecnologias, bem como para manutenção de mão de obra especializada, estes são disponibilizados em regiões mais desenvolvidas, tendo em vista que o financiamento destes estabelecimentos deve ser compartilhado entre a União, os estados e os municípios (BRASIL, 2015), e aqueles municípios e estados mais pobres não conseguiriam manter uma estrutura de alta complexidade física, de equipamentos e de pessoal.

Este quadro é preocupante, pois gerou uma situação na qual a Região norte possui estados como Roraima que é desprovido de assistência cardiovascular de alta complexidade, Acre e Amapá que só possuem um único hospital habilitado cada e ofertando apenas um tipo de serviço de cirurgia do aparelho circulatório. Os riscos assumidos com tal vazio assistencial estão na possível desassistência no caso de uma necessidade de cirurgia cardíaca. Estudos têm demonstrado que o atraso no atendimento, realização de exames e tratamento de pacientes com doença arterial obstrutiva periférica, com doenças que geram riscos de amputação ou com aneurisma de aorta abdominal, é responsável por aumento de complicações e da mortalidade (NETO; NUNES; QUADROS, 2006; TURNBULL et al, 2000; ORAM et al, 2008).

Guerra e Gonçalves (2014) defendem que os leitos hospitalares de alta complexidade devem ser disponibilizados a qualquer indivíduo que necessite de cuidados especializados, independente do município ou estado que ele resida, reforçando a lógica de redes de atenção integrais. Esta integração traz consigo as vantagens de melhorar a qualidade da atenção, reduzir os custos com economia de escala e o aumento da eficiência do sistema (MENDES, 2011; SANTOS, 2010).

O problema do acesso aos serviços de alta complexidade tem se demonstrado também por meio da crescente judicialização para garantir a realização desses serviços. Atualmente, os procedimentos mais solicitados por meio da justiça são internações em Centros de Terapia Intensiva e cirurgias do aparelho circulatório (GOMES et al. 2014). Estes autores ainda

discutem que o principal objeto dos processos judiciais não são a realização do procedimento ou a petição de algo não contemplado na Tabela do SUS, mas sim a garantia de acesso ao atendimento que foi impedido pela ausência de vagas nos estabelecimentos.

Apesar de os hospitais desvinculados ao SUS que prestam atenção de alta complexidade cardiovascular, 213 estabelecimentos, não terem sido objeto de investigação no presente estudo, a importância de se conhecer a dimensão deste segmento se faz importante, pois ela apresenta a reserva de mercado que o setor apresenta para este tipo de assistência. Considerando que a lógica de habilitação de estabelecimentos pelo SUS segue hoje apenas a apresentação das propostas sem necessidade de justificativa epidemiológica, este dado demonstra a força que o setor privado pode ganhar na negociação de habilitação de estabelecimentos. Neste contexto, os serviços públicos não possuindo capacidade física instalada que supra suas necessidades, permitem que o setor privado determine a oferta de serviços ao sistema de saúde, no que se refere à atenção especializada, conforme já demonstrado por Solla e Chioro (2014).

Mesmo assim, atualmente, o SUS é o grande detentor da oferta de atenção de alta complexidade cardiovascular no Brasil. O achado de que quase 60% dos leitos cirúrgicos são ofertados e financiados pelo SUS, demonstra que, apesar de o setor privado apresentar grande reserva de mercado para disponibilização de serviços, este ainda é parcialmente dependente dos recursos públicos para seu financiamento.

A quantidade dos serviços hospitalares da área de cirurgia do aparelho circulatório no Brasil sugere que preferência na oferta dos serviços de cirurgia cardiovascular é dada àquelas áreas mais rentáveis financeiramente por apresentarem os procedimentos com maiores valores de acordo com a Tabela do SUS. O serviço de Cirurgia Cardiovascular e Intervencionista, foi o mais prevalente no País e é este que possui a maior parcela de procedimentos com os maiores valores da Tabela do SUS, e/ou, são associados às órteses, próteses e materiais especiais mais caros deste nível de atenção (BRASIL, 2007). Isso pode indicar uma preferência por montar serviços e tentar habilitação junto ao SUS das áreas mais rentáveis de atenção à saúde cardiovascular de alta complexidade. No outro extremo, o serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica foi o com menor quantidade de oferta no País (9,6%). Isto se dá pela baixa quantidade de cursos de formação de especialistas em cirurgia cardiovascular pediátrica no Brasil e baixo interesse dos profissionais nesta área de atuação. Assim, a rede de atenção à criança cardiopata não consegue atender à demanda existente atualmente conforme apresentado por Júnior, Fraga e Freitas (2012). Esses autores ainda defendem que os

estabelecimentos deveriam estar mais bem distribuídos pelo País tendo em vista a importância de atendimento rápido a esta população mais vulnerável.

Ainda cabe destacar que o planejamento da rede de atenção de alta complexidade perpassa a forma de alocação de recursos financeiros vigente. As ações de média e alta complexidade ainda são financiadas na lógica da produção dos serviços (KAJIURA, 2010), assim, esta lógica favorece as localidades mais desenvolvidas, o que vem a somar à piora da desigualdade no acesso ao recurso e, consequentemente, aos serviços de saúde entre as regiões do País.

Apesar de o SUS ter desenvolvido suas estratégias de financiamento da média e alta complexidade pelo modelo de blocos de financiamento e dando liberdade aos gestores estaduais e municipais em gerirem seus recursos para oferta de serviços, ainda se vê na prática o financiamento por procedimento de maneira indireta. No caso da política de alta complexidade cardiovascular, na habilitação dos estabelecimentos são realizados cálculos com base na média estadual do custo do tipo de serviço solicitado multiplicado pela quantidade de procedimentos que é pactuada com o Ministério da Saúde. A partir deste cálculo, é estipulado o valor que será repassado anualmente em parcelas mensais para custeio daquele serviço em determinado hospital. Logo, percebe-se que, indiretamente, o financiamento da alta complexidade cardiovascular é planejado por quantidade de procedimentos.

Vai ao encontro dos resultados encontrados no presente trabalho, o que Mendes (2011) destaca sobre um enfoque na gestão do SUS com base na oferta de serviços de saúde, demonstrado pelas normas operacionais do SUS que afirmaram a lógica de foco na oferta ao vincular a habilitação de municípios à existência física de estruturas hospitalares e equipamentos em seu território para o recebimento de recursos. Solla e Chioro (2014) também concordam quanto à determinação dos interesses privados sobre a oferta para o sistema, considerando que os serviços públicos não conseguem dar conta de todas as necessidades da atenção especializada.

A análise da rede credenciada de alta complexidade cardiovascular quanto ao tipo de prestador (público x privado) demonstrou que o setor privado é quem domina a oferta desses serviços em todo o Brasil com mais de 70% dos estabelecimentos habilitados pelo Ministério da Saúde até o ano de 2014. Este quadro foi se formando desde o estabelecimento da PNACAC. Conforme os achados do presente estudo, entre os anos de 2008 e 2014 foram habilitados 53 novos hospitais para prestação de cirurgias do aparelho circulatório em todo o país, destes, 45 são do setor privado e apenas oito são prestadores públicos. Ou seja, o setor

privado teve um crescimento cinco vezes maior que os prestadores públicos. Esta situação coloca em xeque a determinação constitucional e regulamentares infraconstitucionais sobre a complementaridade da participação privada na exploração dos serviços de saúde no Brasil. Ficou evidenciado que, nos últimos anos, a atenção cardiovascular de alta complexidade prestada por hospitais privados teve preferência no mercado de saúde nacional. Ainda que a própria Constituição Federal tenha dado margem de exploração ao setor privado quando os serviços públicos fossem insuficientes, não ficou demonstrado que, entre os anos de 2008 e 2014 o SUS tenha se prontificado ao desenvolvimento do setor público de atenção cardiovascular de alta complexidade. O não investimento no setor público veio a justificar e favorecer o desenvolvimento do setor privado que apresenta bases históricas desde a instituição do extinto INAMPS (BAHIA, 2008).

Os gestores do SUS comprem os serviços privados, por meio de contratos e convênios, o que reduz sua capacidade de intervir nas prioridades e necessidades de saúde da população já que o mercado funciona sob a lógica da oferta, e não da demanda, então só é possível comprar o que é oferecido. Assim, os preços podem ser arbitrários e sobre aqueles que o prestador privado decide ofertar. Um agravante sobre a contratação de serviços privados é que muitas vezes estes contratos não são formalizados entre o ente público e o privado (MATOS; POMPEO, 2003), gerando uma situação na qual se torna prisioneiro da oferta dos prestadores de serviços privados e prejudica atividades de regulação e auditoria destes prestadores. No entanto, a necessidade de contratos formais para a participação complementar de instituições privadas no SUS é uma determinação legal (BRASIL, 2010), assim, colocando a atenção em saúde ofertada por estes provedores numa situação de ilegalidade administrativa.

A teoria econômica clássica discorre que, em um mercado de livre competição, falhas de mercado surgem quando não estão dadas as perfeitas condições de competição. Ademais, quando estão presentes estas falhas de mercado, o Estado deve intervir na economia (CASTRO, 2002). Donaldson e Gerard (1993) também defendem uma ação mais intensa do Estado sobre o mercado da saúde, pois eles não identificam nenhuma das condições de perfeita competição neste tipo de mercado. Desta forma, a regulação eficiente se mostraria promissora para tentar corrigir essas falhas.

Neste contexto, e entendendo a regulação como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando sua execução (SANTOS; MERHY, 2006), a regulação parece ser então imprescindível para tentar assegurar a equidade na assistência e tentar promover que os objetivos e interesses públicos sejam garantidos. As ações de regulação de auditoria devem ser orientadas, de acordo com Santos e Merhy (2006), no

sentido de acompanhamento do orçamento público, avaliação das ações de atenção à saúde, avaliação da relação com os prestadores de serviços e avaliação de resultados e efetividade das ações e serviços no perfil epidemiológico da população.

A rede privada de assistência é hoje a grande executora de cirurgias do aparelho circulatório e maior recebedor de recursos, até porque sua rede é consideravelmente maior, como já demonstrado aqui. No entanto, demonstrou-se também que, apesar de 71% dos procedimentos serem executados pelo setor privado, este recebe 72,49% dos recursos da alta complexidade cardiovascular. Enquanto isso, os prestadores públicos executaram em média 29% dos procedimentos e receberam 27,5% dos recursos. Verifica-se uma discrepância na distribuição dos recursos, o que sugere que os prestadores privados tenham ofertado maior quantidade de procedimentos mais bem pagos conforme a tabela de procedimentos do SUS, enquanto que os prestadores públicos realizaram aqueles de menor valor na tabela do SUS. A mesma conclusão é referida no trabalho de Romano e Scatena (2014).

Esses resultados devem ser analisados com cuidado, tendo em vista que o SUS paga valor único por seus procedimentos independente do tipo de prestador, se público ou privado. Destarte, o que os dados sugerem é a existência de uma maior atração do serviço privado para execução dos procedimentos de maior valor, ficando a cargo do serviço público aqueles de valor mais baixo. Isto traz para a atenção de alta complexidade cardiovascular a lógica de oferta de procedimentos, contrapondo a lógica de oferta pela demanda de saúde. Esta conclusão também foi reforçada pela análise dos quintis mais dos procedimentos mais bem remunerados e daqueles menos remunerados que mostrou maior concentração do setor privado na prestação daqueles com maiores valores e, ao contrário, do setor público na prestação dos de menor valor.

Esta situação pode ser uma das responsáveis pela situação de excesso de demanda para a média e alta complexidade e maior procura pelo sistema suplementar de assistência médica (ELIAS; MARQUES; MENDES, 2001). Assim, os custos em saúde crescem desmedidamente e gera uma lógica de financiamento que privilegia a assistência mais sofisticada, que demanda grande complexidade tecnológica e é mais cara, em detrimento daqueles mais simples e menores custos, mas com maior possibilidade de universalização.

Cabe ressaltar aqui que a Tabela do SUS não é periodicamente atualizada nos seus valores de forma a acompanhar os custos hospitalares em saúde (MENDES et al. 2014). Estes autores, por exemplo, demonstraram que na atenção vascular de alta complexidade os custos com os cuidados integrais nos procedimentos de angioplastias fêmoro-poplíteas chegam a ser mais de 800% mais caros que os recursos disponibilizados pelo SUS. O aumento dos valores

de tabela e/ou novas maneiras de financiamento da alta complexidade devem ser promovidas tendo em vista que, ou por meio da oferta de mercado para a alta complexidade ou pelo subfinanciamento dos procedimentos desse nível de atenção, o sistema tende a colapsar e não se sustentar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou em síntese que a participação privada na atenção à saúde de média e alta complexidade cardiovascular no Brasil não se dá de forma complementar, mas sim foi sendo ao longo dos anos reforçada e hoje é prevalente. Ademais, o setor privado tem sido melhor remunerado, em comparação ao público, pela atenção especializada por oferecer aqueles serviços que são mais bem pagos pelo Estado. Sabe-se hoje que a estrutura pública da atenção especializada em saúde no Brasil é insuficiente para cumprir os princípios da universalidade e integralidade do SUS e esta situação permitiu o desenvolvimento do setor privado na exploração dos serviços da atenção especializada.

Dessa forma, deve-se então pensar em estratégias de gestão que melhor organize a rede de atenção de média e alta complexidade no que tange à relação com a atenção básica e no referenciamento entre unidades de saúde de localidades diferentes.

Inicialmente deve-se aplicar de maneira mais efetiva na gestão da alta complexidade do SUS a lógica de funcionamento dos níveis de atenção em saúde sob o formato de redes interconectadas por mecanismos de referência e contrarreferência, com a atenção básica resolutiva e como principal porta de entrada do sistema, junto com as emergências, e a atenção especializada de média e alta complexidade recebendo as demandas orientadas, disponibiliza um modelo de organização do sistema. Em termos de economia de escala, é inviável que municípios pequenos mantenham serviços especializados por não apresentarem demanda de uso dos serviços nem recursos para mantê-los. Isso reforça a necessidade de organização da rede de atenção integral com oferta de centros de média e alta complexidade em diferentes entes da federação servindo de referência para aquelas localidades que não dispõem de condições financeiras e técnicas de manterem tais serviços. Para isso, as centrais regionais e nacional de regulação desse sistema de referenciamento devem ser fortalecidas bem como a disponibilização de estabelecimentos em localidades estratégicas e com número de leitos suficientes para atender à população em tempo hábil.

Outra importante medida que precisa ser melhor gerenciada pelo Sistema Único é o controle regulatório sobre a execução e pagamento dos procedimentos de alta complexidade.

Ainda se vê atualmente contratos e convênios sendo firmados sem o devido aparato burocrático legal que normatiza o relacionamento público-privado. Sem o devido monitoramento e constante avaliação da qualidade dos resultados para a saúde da população, bem como a utilização dos recursos financeiros ofertados pelo SUS para pagamento da alta complexidade, a saúde pública ficará vulnerável a ações de corrupção pela ausência de uma forte regulação.

A lógica de habilitação de estabelecimentos pelo SUS baseada na oferta de serviços do setor privado também é problemática ao sistema. Como demonstrado aqui, o SUS é o grande financiador da média e alta complexidade no País, assim, os prestadores privados, como maiores provedores deste nível de assistência, dependem dos recursos públicos para se sustentarem. Assim, o Sistema Único deveria alterar a ordem de escolha dos serviços a serem habilitados para a lógica da demanda necessária segundo definido pelo próprio SUS e não pela oferta determinada pelo setor privado.

O financiamento da atenção especializada tem sido objeto de grandes discussões no sentido da necessidade de novos modelos que se adequem à atual realidade do *mix* público-privado na exploração deste nível de atenção. Mesmo a criação dos blocos de financiamento, modelo atual de repasse de recursos, não foi possível a desvinculação do pagamento por procedimento, tendo em vista que a habilitação e definição das rubricas que são repassadas aos gestores municipais e estaduais para custeio da assistência de média e alta complexidade ainda serem realizadas por procedimento e com base nos valores da Tabela do SUS (GUERRA; GONÇALVES, 2014).

Uma possibilidade para racionalizar a forma de financiamento do sistema de alta complexidade é proposta por Gadelha, Quental e Fialho (2003). Esta sugere alterar a lógica de atuação do Estado sobre do financiamento da atenção especializada a partir da competitividade do setor saúde pública que permite também manter os serviços privados, se aplicados mecanismos de subvenção estatal. Neste sentido, é proposta a lógica capitalista para alocação dos recursos aos serviços de alta complexidade. Segundo esta lógica, os serviços de alta complexidade teriam a alocação dos seus recursos fundamentada, além de na assistência à saúde, na capacidade que o setor saúde teria em gerar riqueza e/ou economias. Os três pontos definidores da lógica capitalista, quais sejam: a segmentação dos serviços de saúde pelo nível de atenção e referenciamento entre eles; a consideração das demandas de saúde provenientes das condições de saúde da população brasileira e; a organização da estruturação de oferta de hospitais de alta complexidade, por meio de redes de atenção interintegradas, orientariam a alocação/redirecionamento dos recursos (GUERRA, 2014). Assim, no plano teórico, com os

recursos financeiros disponibilizados pelo Estado condicionados às demandas regionais baseadas nas características socioepidemiológicas da população, racionalizando a distribuição dos recursos disponíveis entre os gestores e prestadores, avaliando o desempenho na produção dos serviços por parte dos prestadores e melhorando os mecanismos de regulação da rede público-privada, seria facilitada a consecução dos princípios da universalização e equidade, bem como a racionalização dos recursos públicos.

O presente estudo reforça a concepção da utilização da avaliação em saúde como instrumento de gestão e propiciadora de análises objetivas para subsidiar os gestores nas tomadas de decisão que visem à implementação de alternativas mais efetivas de gestão da atenção à saúde. Faz-se necessário avaliar se as iniciativas tomadas para intervenção no sistema de saúde estão orientadas ao aumento da eficácia e eficiência deste, bem como à efetivação dos princípios da equidade e universalidade das ações governamentais, ou, ao contrário, para a privatização dos serviços de saúde no país. Trata-se na verdade de avaliar a habilidade regulatória do estado em um contexto de disputa pelos recursos públicos.

Os resultados do presente estudo limitam-se à atenção de alta complexidade da área de cirurgias do aparelho circulatório, não podendo ser generalizados para toda a atenção especializada. Apesar de os resultados aqui apresentados terem demonstrado acordo com outros que utilizaram áreas diversas da média e alta complexidade estes servem apenas para a atenção cardiovascular. É preciso salientar também que avaliou apenas os hospitais que são habilitados pelo Ministério da Saúde para prestação de procedimentos e recebimento de recursos da alta complexidade cardiovascular. Assim, não foi possível avaliar comparativamente os resultados dos hospitais habilitados e aqueles não habilitados pelo Ministério da Saúde.

Dada a importância de se conhecer melhor a relação público-privada na exploração da média e alta complexidade no sistema de saúde pública brasileiro faz-se necessário mais estudos que avaliem a produção física e financeira dos hospitais não habilitados pelo Ministério da Saúde. Além disso, estudar a utilização das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), tendo em vista seu custo financeiro para o SUS e impacto na saúde da população. Também se deve estudar o desempenho dos hospitais de alta complexidade tanto nos resultados na recuperação da saúde dos indivíduos que passam por procedimentos nestes como na utilização dos recursos que são repassados pela administração pública.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO, Marcelo; PAULO, Vicente. *Direito Administrativo descomplicado*. 21. ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2013.

BAHIA, Ligia. A *dérmache* do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: Matta, Gustavo C.; Lima, Júlio C. F. (Org). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fio Cruz; ESPJV, 2008. cap. 4.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; Tanaka, Osvaldo Yoshimi; Mendes, José Dínio Vaz. *Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, 2004, p. 15-24.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p. 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015. *Altera os Arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica*. Brasília, Presidência da República: 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 19 de 04 de junho de 1998. *Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências*. Brasília, Presidência da República: 1998.

BRASIL. Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000. *Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde*. Brasília, Presidência da República: 2000.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: 1990.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências*. Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 321, de 8 de fevereiro de 2007. *Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília, 2007.

BRASIL. *Pesquisa Assistência Médico-Hospitalar*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.034, de 05 de maio de 2010. *Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde: 2010c.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1169, de 15 de junho de 2004. *Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004. *Conceitua os serviços, estabelece prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar a Rede de Atenção Cardiovascular, alterada pela Portaria SAS/MS nº 123, de 28 de fevereiro de 2005, pela Portaria SAS/MS nº 384, de 26 de maio de 2006, e pela Portaria SAS/MS nº 433, de 15 de maio de 2012*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Portaria SAS/MS nº 433, de 15 de maio de 2012. *Suspende os parâmetros populacionais para habilitação em Média ou Alta Complexidade das áreas de Cardiologia, Oftalmologia, Nefrologia e Neurocirurgia*. Brasília, Ministério da Saúde: 2012.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde: 1994.

CASTRO J D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*. v. 4, n. 7, 2002.

ELIAS, Paulo Eduardo; MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquila. O financiamento e a política de saúde. *Revista USP*. São Paulo, n. 51 p. 16-27. 2001.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma visão social. In: GIOVANELLA, Lígia. et al (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2 ed.- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. cap. 01.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; QUENTAL, Cristiane; FIALHO, Beatriz de Castro. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, 2003.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois (Org.). A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. Política de Saúde: uma visão social. In: GIOVANELLA, Lígia. et al (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2 ed.- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. cap. 16.

GOMES, Fernanda de Freitas Castro; et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 31-43, jan 2014.

GUERRA, Mariana. A lógica capitalista na alocação de recursos para os serviços de saúde de alta complexidade. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*. v. 5, n. 3, 2014.

GUERRA, Mariana; GONÇALVES, Andréia de Oliveira. Model of allocating public financial resources to Brazilian hospital organization that provide highly complex health care services. *Open Medicine Journal*. v. 1, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2014*. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Atlas do Desenvolvimento Humano nas Regiões Metropolitanas Brasileiras*. – Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2014.

JÚNIOR, Nivaldo Carneiro; NASCIMENTO, Vânia Barbosa; COSTA, Ieda Maria Cabral. Relação entre público e privado na atenção primária à saúde: considerações preliminares. *Saúde Soc*. São Paulo, v.20, p. 971-979, 2011.

JÚNIOR, Valdeste Cavalcante Pinto; FRAGA, Maria Nazaré de Oliveira; FREITAS, Sílvia Maria. Análise das portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, Rio de Janeiro, v.27, p. 463-468, 2012.

KAJIURA, Ana Patrícia. Equidade e alocação de recursos no Sistema Único de Saúde: análise de procedimentos em otorrinolaringologia. [dissertação] Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 23, p. 2113-2126, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, p. 599-608, 2014.

MARIN, Heimar de Fátima. Sistemas de Informação em Saúde: considerações gerais. *J. Health Inform*. v. 2, p. 20-24, 2010.

MATOS, Carlos Alberto; POMPEU, João Cláudio. Onde estão os contratos? Análise da relação entre prestadores de serviços de saúde e o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, p. 629-643. 2003.

MENDES, Cyntia Almeida et al. Parceria público-privada em cirurgia vascular. *Gestão e Economia em Saúde*. v. 12, n. 13, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. cap. 5.

MENDES, Eugênio Vilaça. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. *Revista Mineira de Saúde Pública*. v. 3, n. 4, 2004.

NETO, Francisco Campos Braga; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares; OLIVEIRA, Celina Maria Ferro. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lúgia. et al (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2 ed.- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. cap. 18.

ORAM, Byron et al. Treatment delays for patients exiting an aortic aneurysm surveillance programme. *ANZ Journal of Surgery*. v. 78, n. 3, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *World Health Report 2010*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

PORTO, Silvia Marta; UGÁ, Maria Alicia Domingues; MOREIRA, Rodrigo da Silva. *Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 - 2008. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 3795-3806, 2011.

ROMANO, Cátia Maria Costa; SCATENA, João Henrique Gurtler. *A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 439-458, 2014.

SALGADO, Valéria. *Modelos de Gestão Pública*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Secretaria de Gestão/Departamento de Articulação e Inovação Institucional, 2010.

SANTOS, Lenir. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, Nelson R. dos; Amarante, Paulo DC. (Org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. cap. 4.

SANTOS, Fausto Pereira; MERHY, Emerson Ellas. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*. v. 9, n. 18, 2006.

SANTOS, Maria Angélica Borges; GERSHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil - arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, p. 795-806, 2004.

SCATENA, João Henrique Gurtler; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIASUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 10, n. 1, p. 19-30, 2001.

SCHMIDT, Maria Inês. et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. v. 377, n. 9781, p. 1949-1961. 2011

SERVO, Luciana Mendes Santos et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. in: MELAMED, Clarisse; Piola, Sérgio Francisco (Orgs), *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ipea, 2011.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira; Chioro, Ademar Arthur dos Reis. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, Lígia. et al (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2 ed.- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. cap. 17.

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias, Porto Alegre, v. 8, n. 16, 2006, p. 20-45.

TRAVASSOS, Cláudia. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.5, n.1, 2000.

TURNBULL, Robert et al. Assessment of patient waiting times for vascular surgery. *Canadian Journal of Surgery*. v. 43, n. 2, 2000.

UGÁ, Maria Alicia Domingues; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia. et al

(org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2 ed.- Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. cap 13.

VIEGAS, Mônica; BRITO, Rubens José de Amaral (2004). A. *A saúde em Belo Horizonte*, CEDEPLAR/UFMG. Acessado em 27 de outubro de 2015. Disponível em <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/pbh/arquivos/mod10.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Global action plan for the prevention and control of oncommunicable disease 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.